45e Année. — N° 22. Vendredi 3 Juin 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Troubles digestifs parabronchiques, par le Dr H. Grasset (de Nogent-sur-Marne), 337. — **Hydrologie** : Traitement hydrominéral des affections des veines, par le Dr Censier, 338. — **Bibliographie** : Revue des médicaments nouveaux, par M. Crinon, 340. — Lexique formulaire des nouveautés médicales et biologiques, par P. Lefert, 341. — **Revue de la presse** : Action des injections de calomel sur le lupus, par le Dr Asselbergs, 341. — **Académie des sciences** : *Séance du* 23 *mai* 1898. Présidence de M. Wolf. — L'acidité urinaire et sa détermination, 342. — **Académie de médecine** : *Séance du* 31 *mai* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Traitement du mal de Pott par le redressement brusque, 343. — Eclampsie puerpérale, 343. — Prophylaxie de la tuberculose, 343. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* 27 *mai* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Hydarthrose chronique des petites jointures, 344. — De la sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente, 344. — Salicylate de méthyle, 344. — De l'adénopathie sus-épitrochléenne dans la maladie de Morvan, 345. — Orchite ourlienne d'emblée chez un garçon, 345. — Respiration stridoreuse, 346. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du* 28 *mai* 1898. Présidence de M. Jullien, vice-président. — Troubles digestifs para-bronchiques, 345. — **Société médico-chirurgicale de Paris** : *Séance du* 23 *mai* 1898. Présidence de M. Tripet. — Démonstration de la méthode d'hématoscopie, 346. — Traitement de l'anorexie des tuberculeux, 346. — Appareil à ozone, 347. — **Société de chirurgie** : *Séance du* 1er *juin* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Hématurie. Ablation du rein. Guérison, 348. — Hystérectomie vaginale, 348. — Suture du droit supérieur à la paupière pour remédier au ptosis, 348. — Occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle, 348. — **Société médicale du Louvre**, (Ier et IIe Arrondissements) : *Séance du* 19 *avril* 1898. Présidence de M. Moutier. — Réunions scientifiques plénières, 348. — De la cure radicale des hémorrhoïdes, 349. — **Congrès français de médecine** : *Tenu à Montpellier du* 12 *au* 17 *avril (suite)*. Système nerveux, 349. — Sur les facteurs de la gravité dans le diabète sucré, 349. — **Variétés** : De la coupe aux lèvres, 350. — **Nouvelles**, 351. — **Bulletin bibliographique**, 352.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Troubles digestifs parabronchiques (1).

Par M. le Dr H. Grasset (de Nogent-sur-Marne).

Si chez les enfants, comme je l'ai étudié en 1896, dans la *Gazette des Hôpitaux*, pour des états gastro-intestinaux simples il peut se développer des phénomènes broncho-pulmonaires assez accentués, inversement, pour des manifestations bronchiques et pulmonaires peu intenses se présentent parfois des troubles digestifs très marqués. Ce sont ces cas que je vais étudier sous le nom de troubles digestifs parabronchitiques, qui sont souvent d'ailleurs postbronchitiques.

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris, séance du 28 mai 1898.

Ils ont une étiologie bien nette et constante, c'est l'absorption gastrique des mucosités des voies respiratoires et des crachats plus ou moins purulents ; c'est donc dire qu'on les rencontre presque exclusivement chez les enfants qui ne savent pas ou ne peuvent pas cracher. C'est aussi la raison pour laquelle ils sont peut être plus souvent postbronchitiques que para. On les remarque fréquemment aussi chez les adultes qui ne savent pas cracher ou sont paresseux pour terminer leur expectoration et qui ravalent tout ; ces cas se rencontrent encore assez souvent, et vous voyez des malades qui à l'interrogatoire vous répondent qu'il toussent mais ne crachent pas ; ces réponses peuvent vous induire en erreur si vous n'avez pas soin de leur demander si la toux est grasse ou sèche ; la plupart du temps ces patients ingurgitent les produits de l'expectoration.

Ces troubles digestifs peuvent se présenter dans toutes les affections inflammatoires aiguës et chroniques des voies respiratoires, du nez à l'alvéole pulmonaire, mais ils se montrent de préférence dans les cas chroniques et surtout dans les coryzas et les bronchites torpides. Dans ces derniers cas, il arrive souvent que l'on tourne dans un cercle vicieux, l'état gastro-intestinal provoqué ramenant la bronchite à répétition et inversement, ce que les parents traduisent en disant que leur enfant a toujours la poitrine grasse et des glaires sur l'estomac.

Dans cette étude je laisse complétement à part les troubles intestinaux provoqués par la phtisie chronique ou concomitants.

Ces infections gastro-intestinales secondaires peuvent se présenter ou fébriles ou apyrétiques, et succéder indifféremment à des formes semblables ou non de l'état bronchique. Les cas les plus nets sont ceux qui sont fébriles après un coryza, un rhume simple ou une bronchite bénigne apyrétique, ou au contraire ceux qui sont apyrétiques après un état thermométrique manifeste. Dans la bronchite c'est à la période de coction qu'ils peuvent se déclarer, lorsque le mouvement pyrétique est tombé, mais le plus souvent ils n'arrivent qu'un peu plus tard ; il y a d'autant plus de chances de les voir se manifester que la toux est plus grasse et abondante et surtout qu'elle se prolonge ; il en est de même dans le coryza. La bronchite légèrement ou fortement fébrile peut s'accompagner d'un état saburrhal des voies digestives et se terminer par une légère diarrhée ; ce ne sont pas ces accidents que j'ai en vue,

mais ceux qui peuvent se produire postérieurement alors que cet état gastrique passager semble éteint, et dont la cause est d'ailleurs essentiellement différente.

Les troubles gastro-intestinaux fébriles peuvent se présenter sous deux formes, soit la forme rémittente, soit la fièvre continue, la première étant plus fréquente que la seconde; les accès se produisent généralement à des périodes bien déterminées, surtout le soir ou l'après-midi pendant les digestions; les crachats absorbés dans la journée provoquent des fermentations secondaires qui intoxiquent les malades. Chez certains adultes on remarque un mouvement fébrile au début du jour, ce sont ceux qui crachent bien le jour, mais qui la nuit par paresse, avalent les excrétions. La fièvre est peu marquée, sauf dans certains cas exceptionnels où elle prend un aspect inquiétant et la forme continue pendant un ou plusieurs jours. Les choses se manifestent souvent ainsi : un enfant atteint de coryza, intense ou prolongé, ou d'un rhume léger ou apyrétique, ou d'une bronchite qui semble terminée en un simple rhume depuis quelques jours, ne présentant plus de symptômes thoraciques à l'auscultation, ayant toute sa gaîté, est pris tout à coup de malaise, état nauséeux, la peau devient chaude et brûlante, la langue blanchit, l'haleine devient fétide, et il se produit un abattement assez prononcé. Il y a quelquefois diarrhée de mauvaise odeur, autre fois constipation. Les vomissements qui sont salutaires et ont pour effet d'abréger l'évolution se présentent parfois. Les formes continues sont assez rapides et ne durent guère au-delà de deux ou trois jours; les formes rémittentes sont beaucoup plus tenaces. Tout rentre dans l'ordre d'une façon assez brusque; il peut y avoir des rechutes si l'état catarrhal des muqueuses respiratoires continue à évoluer.

Les troubles digestifs apyrétiques revêtent aussi deux modes : une forme de peu de durée mais assez intense de gastro-entérite accompagnée de nausées, diarrhée et vomissements curateurs, et une forme simple dyspeptique se traduisant par l'inappétence ou une digestion difficile, du ballonnement intestinal avec ou sans coliques, une haleine et des selles fétides de consistance variable, mais plus fréquemment molle. L'enfant est mou, flasque, pâle, comme boursouflé; la durée est quelquefois très longue. Souvent l'état digestif ramène une bronchite torpide se traduisant par des signes sthéthoscopiques, laquelle augmente l'état gastrique, et pendant un laps de temps qui peut atteindre des semaines et même des mois, en affaiblissant l'enfant. Si l'on n'a pas assisté au début, on est bien en peine de savoir si c'est la bronchite ou l'état gastrique le fait initial; c'est le propre des bronchites à répétition principalement chez les enfants strumeux et lymphatiques.

Le pronostic en lui-même n'a rien de grave, si ce n'est dans les formes chroniques à répétition cyclique, car la croissance de l'enfant peut être singulièrement entravée; je crois qu'il y aurait lieu de chercher de tels faits dans l'étiologie du rachitisme.

Le traitement est tout indiqué; chez les jeunes enfants il faut provoquer une évacuation par voie stomacale et rectale au moyen de l'ipéca. J'ai remarqué que les enfants auxquels on administrait de l'ipéca dans les fortes bronchites étaient peu sujets à ces complications; de même ceux dont les quintes intenses amènent des expectorations forcées ou des vomissements.

Chez les enfants plus âgés, la purgation saline ou le calomel donnent de bons résultats. En tous cas il faut faire de l'antiseptie intestinale.

Dans les formes longues, torpides, les toniques sont indiqués.

Je terminerai en disant que, chez les enfants, il est toujours prudent de terminer le traitement d'une affection broncho-pulmonaire par l'administration d'un purgatif.

HYDROLOGIE

Traitement hydrominéral des affections des veines (1).

Par le Dr Censier.

Ma dernière communication traitait surtout d'une question de pathogénie des localisations sur les veines, observées chez les arthritiques, et je les ai subdivisées, suivant leurs tendances évolutives, en goutte veineuse et rhumatisme veineux.

Dans chacune de ces formes, j'ai dit que je voyais des degrés à admettre depuis les fluxions, les congestions, douloureuses ou non, pseudo-phlébites et périphlébites, jusqu'aux phlébites vraies, endophlébites bien caractérisées; j'ai dit aussi que l'endophlébite des formes atténuées était plutôt la caractéristique de la goutte, tandis que le rhumatisme veineux aimait mieux la périphlébite ; mais que je séparais assez nettement comme type, sinon comme fond absolu, la phlébite rhumatismale franche à allure infectieuse de la polyarthrite aiguë, de ce que j'entendais par rhumatisme veineux, attribuant à celui-ci des formes de fluxions, congestions veineuses (pseudophlébites, périphlébites et même endophlébites atténuées). Enfin, j'ai conservé à l'arthritisme veineux le rôle simple de prédisposition ; c'est lui qui crée la faiblesse préventive, la susceptibilité, la tendance à la morbidité du tissu veineux ; c'est lui aussi qui est le terrain de la phlébo-sclérose.

Aussi, pour discuter utilement la thérapeutique hydrominérale des divers modes d'affections veineuses, je crois qu'il est bon de les envisager sous ce cadre, car nombreuses et variées sont les indications de traitement thermal qui leur conviennent.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 14 mai 1898.

Pour suivre ici un certain ordre progressif, nous pourrons placer au premier degré la phlébo-sclérose elle-même. La phlébo-sclérose est une morbidité à longue échéance, une morbidité de dégénérescence; il faudrait, pour envisager son traitement, remonter jusqu'à son hérédité. Je l'ai fait dans mon livre, mais ne puis le recommencer ici, et je ne m'attacherai qu'aux accidents qu'elle produit : varices et inflammations subséquentes. Les varices peu ou plus sclérosées (car il n'y a ici qu'une question de degré pour les opposer à la dilatation veineuse atonique qui peut se rencontrer sans sclérose), les varices sont susceptibles d'une progression étendue de traitement. Cette progression ira-t-elle des bains à faible thermalité dans une eau modérément excitante de la circulation jusqu'aux applications de douches fortes et très chaudes que ne craignent pas d'employer certains praticiens? Si de celles-ci quelques malades ont pu se trouver bien, je crois qu'il faut dire qu'elles se sont adressées à un tissu scléreux très tolérant (ce qui n'est pas à admettre comme règle de la phlébo-sclérose), et même qu'une certaine dose de chance a bien voulu présider au traitement. Mais il est certainement juste de reconnaître que l'on doit chercher à lutter contre la tendance à la phlébo-sclérose, qui paraît un peu plus régressive que l'artério-sclérose, et à la formation des varices, et admettre pour cette thérapeutique des applications judicieusement graduées, depuis le bain tiède jusqu'aux bains de température plus élevée (suivant ce que l'état général du malade pourra d'ailleurs permettre) et aux arrosages tièdes et chauds avec une pomme d'arrosoir fine et une pression modérée; enfin dans les conditions voulues, pour éviter le choc sur le vaisseau tout en s'adressant à la révulsion de sa paroi et à la circulation locale et générale. Ici pourront dans quelques cas prendre place certaines applications locales de boues. Ceci est donc le traitement de la phlébo-sclérose et des varices sans complications, même de la dilatation veineuse lorsqu'elle n'est que le produit de la faiblesse individuelle de la paroi, et n'a pas une raison pathogénique particulière, impliquant un traitement spécial unique ou surajouté. Mais nous nous arrêtons au point où la veine phlébosée, variqueuse, dilatée, devient, ou simplement sensible, irritable, ou congestive, sujette à s'enflammer; ces cas sont nombreux, et la phlébo-sclérose, la varice, doivent être certainement considérées comme des candidates à la phlébite aiguë ou chronique. Alors la progression thérapeutique doit s'arrêter en route, et je crois qu'il faut toujours être prudent dans les applications de thermalité, en bains et douches, qui ne peuvent être elles-mêmes que le plus simple arrosage.

Si nous franchissons un degré de plus, nous arrivons à la phlébite, périphlébite ou endophlébite, et ici une différenciation très grande s'impose, suivant que l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces manifestations inflammatoires.

La périphlébite est la détermination la plus commode, celle pour laquelle le traitement peut accepter les modes d'application les plus divers, et doit donner les résultats les plus satisfaisants et les plus encourageants. Disons en même temps que ce sont ceux qui ont pu rendre le plus hardi, et la hardiesse en pareille matière est toujours condamnable; on ne sait jamais au juste, en présence d'une veine qui est ou a été enflammée, même quand sa gaîne celluleuse paraît seule intéressée, si le vaisseau ne renferme pas quelque chose d'ignoré et de mobilisable.

La périphlébite, d'abord, est comme la phlébo-sclérose, les varices, affaire de terrain; c'est le terrain, c'est l'individualité qui la rendra plus ou moins susceptible de modification, qui devra déterminer le choix d'un traitement plus simple, plus modéré, ou un peu plus actif, et je puis ajouter que, dans la majorité des périphlébites rhumatismales, j'ai vu une balnéation très modérée réussir d'une manière remarquable; j'ai vu des malades ayant subi ailleurs des traitements intensifs de bains chauds, arrosages et douches chaudes, sudations, massages, venir à Bagnoles-de-l'Orne après insuccès, et se trouver assez bien d'une cure simple de bains tièdes pour revenir d'eux-mêmes l'année suivante; la composition de l'eau est sans doute pour quelque chose dans ce résultat, et c'est là ce qui a pu déterminer la spécialisation de cette station,

Maintenant, dès qu'il y a endophlébite reconnue ou soupçonnée, la prudence la plus grande est non seulement légitime, mais doit être une règle absolue, et jusqu'à une distance suffisante du début de l'accident, le traitement par les bains tièdes, ou des arrosages et enveloppements également tièdes ou peu chauds, est pour moi la limite qu'on ne doit pas dépasser; encore ne devra-t-on se permettre de déplacer les malades pour les envoyer dans une station thermale, et les mettre dans une baignoire, que lorsque toute chance d'embolie facile semblera avoir disparu, bien que d'un autre côté il puisse être désirable de commencer la cure thermale judicieuse que j'entends le plus tôt possible, dans l'intérêt d'une guérison plus rapide et plus complète. De plus, le moment venu, si le malade n'a pas encore marché, devra-t-on opérer la mise au bain avec toutes les précautions voulues, et ne laisser faire les premiers pas que d'une façon très mesurée. Toutes ces indications, nécessitées par la date rapprochée du début de la coagulation, diminueront pour disparaître à mesure que cette date s'éloignera, mais il en résulte que la cure hydrominérale des phlébites ne doit souvent être considérée que comme la cure des suites de phlébites, ce qui est une nuance importante, et alors elle devient un traitement de choix qui donne les meilleurs et les plus rapides résultats, lorsqu'il est conduit dans de bonnes conditions ; celles-ci dépendent, en premier lieu, de la détermination de la station, puis de l'appropriation de la cure. Les divers éléments d'antécédents héréditaires et personnels, de terrain, qui auront pu se

montrer dans la pathogénie de la phlébite, ou modifier son évolution, auront ici à entrer en ligne de compte.

Ce que je viens de dire a rapport, souvent, aux phlébites franchement infectieuses, mais non à celles de la cachexie, qui sortent forcément du cadre du traitement thermal, et sont même fréquemment des thromboses, où la vitalité de la paroi vasculaire est en sous-ordre ; cela a rapport aussi aux endophlébites vraies du rhumatisme, des varices, et aussi à celles de la goutte, et pour celles ci, en particulier, je ne saurais engager à trop de prudence, vu la friabilité fréquente du caillot, et l'émigration facile des phlébolites récents ; c'est alors que toute intervention de douches et de massages doit être absolument proscrite.

Le massage, au contraire, est un adjuvant utile dans les suites de phlébites qui ont laissé des ankyloses, des paralysies ou une perturbation nutritive accentuée du membre, avec transformation des tissus ; il devra toujours être fait par un praticien sûr de ses manœuvres, et ne jamais s'attaquer au foyer de la phlébite ni à la région du vaisseau au-dessus de la coagulation.

Au sujet des facilités d'embolies, on doit rapprocher des phlébites goutteuses les phlébites syphilitiques ; celles-ci exigent d'ailleurs le traitement interne précédemment ou concurremment au traitement hydro-minéral, à moins que celui-ci n'ait à s'adresser qu'à des suites de la localisation vasculaire.

En ces considérations résident à peu près tout ce que l'on peut dire du traitement thermal de la phlébite acquise ; mais il reste la question de la prédisposition à la phlébite et aux rechutes et récidives, et enfin de ces états veineux pléthoriques ou congestifs, que l'on observe fréquemment chez les arthritiques, qu'ils soient, en outre, des rhumatisants, des goutteux, des hépatiques, des dyspeptiques, des utérines, etc. ; là le traitement peut être, avant tout, celui de l'état général, j'y ai insisté dans mon livre ; c'est ainsi que l'on devra envoyer certains phlébiteux, goutteux, d'abord dans une station où ils puissent atténuer leur intensité goutteuse avant de faire faire une cure spéciale pour leur phlébite déjà modifiée, souvent, par le premier traitement. M. Baraduc a montré, en 1881, l'influence favorable d'une cure par l'eau de Châtel-Guyon, prise loin de la source, chez un dyspeptique atteint d'accidents phlébitiques récidivants, sans doute sous l'influence des fermentations intestinales,

Il peut donc y avoir, dans la thérapeutique hydrominérale des affections des veines, un traitement préventif, et un traitement de la pathogénie, devant s'associer à celui-là ou le précéder, et dont les indications dominent parfois même, ou tout au moins complètent celui de la localisation vasculaire ; celle-ci devra, pour son compte, être traitée comme nous venons de le dire, et il semble que ce ne soit pas aux moyens énergiques ni aux eaux existantes qu'il faille avoir recours.

Je me résume en disant que j'apprécie de la façon suivante les principales lignes du traitement hydro-minéral des affections acquises des veines :

Les manifestations morbides des veines et les suites de phlébites, en dehors de ce qui a trait à la dégénérescence de la sclérose, mettent en présence de trois ordres de symptômes, les uns directs : troubles circulatoires — troubles trophiques — troubles nerveux précoces et tardifs ; — les autres secondaires : état général d'affaiblissement, d'anémie, d'engraissement rapide, d'impotence par ankyloses ; et de plus la question pathogénique. Il faut donc chercher dans la cure hydro-minérale, en dehors du traitement spécial de certaines *pathogénies* :

a. L'action altérante contre la tare constitutionnelle et les dispositions aux rechutes et récidives.

b. L'action de stimulation organique et musculaire contre l'œdème, les troubles trophiques, les parésies et paralysies concomitantes et consécutives, et en vue d'activer les échanges nutritifs, d'où résulte :

c. L'action reconstituante de l'état général affaibli, anémié, etc.

d. L'action légèrement excitante de la circulation périphérique pour rétablir l'ordre troublé dans le système circulatoire.

e. L'action sédative du système nerveux contre les hyperesthésies et phénomènes douloureux.

C'est donc à l'ensemble de ces diverses qualités que Bagnoles-de-l'Orne doit certainement sa spécialisation.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des médicaments nouveaux, par M. CRINON, 5e édition. Rueff et Cie éditeurs, Paris, 1898.

La revue des médicaments nouveaux par M. Crinon est bien connue de nos lecteurs, et la cinquième édition qui paraît aujourd'hui prouve que cet ouvrage s'est maintenu au courant de la thérapeutique depuis son apparition et répond toujours aux besoins du praticien. M. Crinon a fait entrer dans son ouvrage l'étude d'un grand nombre de médicaments nouvellement introduits dans la thérapeutique : l'actol, l'anilipyrine, l'apolysine, l'argonine, le bismol, les eucaïnes, l'hémol, l'iodothyrine, l'orthoforme, la somatose, et un grand nombre d'autres moins connus. Beaucoup de médicaments qui ne figurent pas au Codex sont signalés dans cet ouvrage, et le médecin comme le pharmacien y trouveront des renseignements au point de vue des caractères, de la préparation et des doses. M. Crinon, d'un autre côté, a supprimé un certain nombre de médicaments qui ne sont pas entrés dans la pratique thérapeutique. La présente édition n'a pas démérité et nos confrères lui accorderont certainement la même faveur qu'aux aînées. L. J.

Lexique formulaire des nouveautés médicales et biologiques, nouvelles maladies, nouveaux syndrômes, nouveaux remèdes, nouvelles opérations, par le professeur P. LEFERT. Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils, 1898.

Voici un petit livre qui tire son intérêt des choses actuelles de la médecine. Les documents qu'il renferme sont disséminés dans un nombre considérable de traités et de revues de médecine. C'est une grande perte de temps pour un médecin occupé, pour un étudiant sur le point de passer un examen, que d'être obligé de chercher le renseignement dont il a besoin à la source même ou encore dans un recueil qui n'étant pas préparé dans ce but risque fort d'être incomplet. C'est l'idée qui a poussé l'auteur de ce lexique à réunir par ordre alphabétique des notions précises et succinctes sur les nouveautés médicales. Le lecteur y trouvera l'exposé des découvertes et des théories les plus récentes en pathologie générale, en anatomie, en physiologie pathologique, en clinique et en thérapeutique médicales et chirurgicales; l'indication des nouvelles méthodes thérapeutiques, des nouveaux médicaments et des nouvelles opérations.

Un certain nombre de dénominations nouvelles correspondent, il est vrai, à des choses connues depuis longtemps, mais qui cependant ont pris une acception nouvelle ou sont adoptés à un ensemble de faits nouveaux ou de notions nouvelles ; le lexique-formulaire donnera sur ces points des définitions nettes et précises qui seront dès lors étendues par la lecture d'ouvrages plus compendieux. Si donc tout n'est pas nouveau dans ce petit ouvrage au moins sous forme d'idées, il renseignera cependant sur une foule de points, surtout en ce qui concerne une terminologie nouvelle plus en rapport avec les progrès des sciences médicales, et c'est à titre d'informateur rapide sur les nouveautés médicales que nous le recommandons à nos confrères et aux étudiants.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Action des injections de calomel sur le lupus, par le Dr ASSELBERGS. (Soc. médico-chirurgicale du Brabant). — A. D..., âgée de 36 ans, atteinte depuis sept ans d'une affection de la face, diagnostiquée lupus vulgaire, se présenta à la clinique du Dr Asselbergs le 2 février 1896. L'existence de nodosités et d'ulcérations lupiques, l'absence d'antécédents syphilitiques appuyaient cette opinion. Le râclage et la cautérisation proposés ayant été rejetés, l'on pratiqua séance tenante une injection de calomel comme traitement d'épreuve. Sous l'influence de cette injection, l'infiltration des tissus malades diminua, les nodosités s'affaissèrent, les ulcérations se cicatrisèrent et lorsqu'on pratiqua la dixième injection, le 27 avril suivant, il ne restait plus de trace du mal primitif. En présence de cet excellent résultat, le Dr Asselbergs crut avoir méconnu un cas de syphilis lupiforme. Le 7 septembre, la même malade se représenta avec quelques nodosités sur le lobule du nez. Trois injections de calomel les firent disparaître.

A la séance du 11 juin 1896 de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, M. le professeur Fournier a présenté un malade porteur d'un lupus tuberculeux typique du nez et des joues, diagnostiqué comme tel et traité antérieurement par Hillairet et Besnier par des cautérisations et des scarifications ; ce malade fut *très amélioré* par les injections de calomel.

Le Dr Asselbergs se demande si le traitement mercuriel ne pourrait pas être employé dans tous les cas de lupus vulgaire. Aussi résolut-il de pratiquer d'une façon suivie des injections de calomel sur quelques lupus de son service; il soumit à ce traitement 14 malades atteints de formes graves, étendues, dont plusieurs à localisations multiples.

Dès les premières injections, l'infiltration lupique pâlit et s'affaissa, les ulcérations ne tardèrent pas à se cicatriser et l'amélioration se continua plus lente, mais incontestable, au fur et à mesure que se poursuivaient les injections.

L'auteur donne plus loin l'observation de sept malades traités par les injections de calomel. De ces sept, quatre furent totalement guéris, trois ne furent qu'améliorés, ce qui, avec l'observation citée en tête de l'article, fait cinq lupiques qui virent, sous l'influence de ce nouveau traitement, leur éruption disparaître totalement.

L'injection de calomel a donc une action incontestable sur le lupus et, comme le disait M. Fournier, lorsqu'il présentait à la séance du 20 mai 1897 de la Société de dermatologie un second cas de lupus amélioré, mais non guéri, par les injections de calomel, le mercure ne peut plus être considéré comme spécifique absolu de la syphilis.

Dans une autre partie de son article, le Dr Asselbergs relate huit autres cas également traités par les injections de calomel, mais qui ne furent pas guéris ; les lésions ne rétrocédèrent qu'en partie.

Enfin une troisième série de 8 cas, parmi lesquels un cas de lupus érythémateux, a été soumise aux injections de calomel; les uns sont encore en traitement par les injections seules; d'autres, après avoir été dégrossis par quelques injections de calomel, furent soumis à un traitement mixte : injections combinées avec la cautérisation ponctuée.

En résumé, c'est à la suite des premières injections que l'influence régressive du calomel est le plus frappante, puis l'amélioration continue progressivement, mais plus lentement. Lorsque, d'après l'auteur, l'on ne marche pas franchement vers la guérison après une moyenne de 15 injections, il semble que l'action du calomel s'atténue et même s'épuise.

« Si l'on envisage l'action du calomel sur les différents éléments du lupus, on constate que le processus infiltration et le processus ulcération sont touchés les premiers et plus vivement attaqués; le tubercule à coup sûr est influencé et participe à la régression générale, mais il n'en est pas moins vrai que c'est lui qui résiste et souvent victorieusement. C'est surtout dans le lupus tuberculo-ulcéreux turgescent que l'injection de calomel est appelée à rendre des services. Mais ce ne sera toujours qu'un traitement d'exception ou d'association car les injections de calomel doivent être continuées fort longtemps et ne sont pas sans présenter de multiples inconvénients; avec elles on n'est pas toujours sûr du résultat, puisque sur les nombreux cas soignés par le calomel, *quatre* seulement ont tout à fait guéri, tandis que le râclage et la cautérisation ont fait déjà leurs preuves. On peut d'abord dégrossir le lupus par le calomel, puis recourir aux injections et aux cautérisations continues. Dr Barbe (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, déc. 1897 et jan. 1898),

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 *mai* 1898. — *Présidence de* M. Wolf.

L'acidité urinaire et sa détermination. — M. Charles Lapierre. C'est une des questions les plus complexes de l'analyse urologique, et c'est cependant l'une de celles où règne la plus grande confusion. Le médecin attachant, avec raison, une grande importance à ce dosage, en présence de la diversité des méthodes recommandées en France et à l'étranger, j'ai cru devoir reprendre cette étude. Les conclusions auxquelles je suis arrivé font l'objet de cette Note, dont le développement sera publié dans un autre Recueil :

1° L'acidité des urines (mesurée directement) est surtout due aux phosphates monométalliques ; certains acides, tels que l'acide hippurique, contribuent pour une faible part.

2° L'acide urique, qui n'agit qu'indirectement (1), et les autres acides de l'urine ne peuvent à eux seuls, vu leur petite proportion, être la seule cause de l'acidité des urines ; dans les conditions normales, ces corps ne correspondent qu'au quart de l'acidité totale mesurée par le procédé acidimétrique direct.

3° Les phosphates acides doivent se former dans le rein, soit par l'action de CO^2 sur les phosphates dimétalliques, soit par dialyse de ceux-ci, comme tendent à le prouver les expériences que j'ai instituées à cet effet.

4° En présence des indicateurs colorants, l'acide phosphorique, et, par suite, les phosphates acides ne sont jamais complètement saturés par les alcalis. Pour 1 molécule de PO^4H^3, en présence du tournesol, la saturation s'obtient avec 1 mol. 5 de soude ; en présence de la phtaléine, avec 2 molécules au lieu de 3 (Berthelot, Joly, etc.).

5° Les résultats qu'on obtient dans le dosage direct de l'acidité urinaire, en présence de tournesol ou même de phtaléine, au moyen d'une solution titrée de soude, sont inférieurs à l'*acidité réelle* des urines, et cette méthode doit être rejetée.

6° Mêmes conclusions pour le dosage indirect, en présence de la phtaléine, comme le recommande M. Lépinois.

7° Le procédé de M. Joulie, basé sur l'apparition d'un précipité permanent de phosphate, par addition directe de sucrate de chaux à l'urine, donne des résultats de beaucoup inférieurs à ceux des précédentes méthodes et doit être également rejeté.

8° La chaux dissoute réagit sur le phosphate monosodique, en présence de la phtaléine, en donnant des phosphates tricalcique et disodique ; en réagissant sur le phosphate disodique, elle forme un phosphate tricalcique, basique.

9° La seule méthode exacte de dosage de l'*acidité réelle* des urines est celle où tous les H basiques sont substitués, c'est-à-dire celle qui correspond à la formation de sels théoriquement neutres.

10° Entre autres procédés donnant la résolution du problème, la méthode indiquée par M. A. Gautier dans sa *Chimie biologique*, méthode basée sur l'alcalinisation préalable des urines à l'aide d'une solution titrée de soude, suivie de la précipitation par $BaCl^2$ des phosphates et autres sels, puis de la détermination de l'alcalinité résiduelle, donne la mesure exacte de l'acidité des urines. Le mode opératoire donné par ce savant peut être, pensons-nous, simplifié par la détermination de l'alcalinité d'une partie aliquote du liquide filtré (Engel et Moitessier), et par l'emploi de la phénolphtaléine ajoutée directement au liquide (Lapierre).

Comme on pouvait le prévoir, les résultats ainsi obtenus sont plus élevés que ceux fournis par les méthodes directes.

11° En combinant la méthode précédente avec la détermination directe de l'acidité en présence du chlorure de baryum et de la phtaléine, par la soude, sans filtration, il est possible de déterminer les quantités respectives de phosphates monosodique et disodique qu'une solution renferme ; dans les urines, ces deux déterminations donneront la teneur approchée de ces deux genres de sels : phosphates monométalliques et phosphates dimétalliques. La clinique pourra tirer grand profit de cette connaissance.

12° Les résultats que j'ai obtenus avec douze urines différentes et avec des solutions titrées de phosphates mono et dimétalliques, en présence ou non des acides urique et hippurique, ont confirmé ce qui précède.

(1) On sait que l'acide urique agit sur PO^4Na^2H pour produire PO^4NaH^2 et $C^5H^3Az^4O^3Na$

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *mai* 1898. — *Présidence de* M. Jaccoud.

La Correspondance comprend une lettre de M. le Dr Marage qui prie l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté sur un appareil permettant de décomposer le tracé d'une voyelle en ses tracés élémentaires (*Accepté*).

M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à la fin de la séance pour entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les candidats au titre de correspondant national dans la première division ; il annonce également que l'Académie se formera en comité secret à la

fin de la prochaine séance pour entendre le rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger.

Traitement du mal de Pott par le redressement brusque. — M. Calot présente une vingtaine de malades atteints de mal de Pott qui ont été redressés.

La première série comprend quatre enfants qui permettent de se rendre compte du traitement actuellement employé. M. Calot fait marcher ses malades quelques semaines après le redressement si le mal de Pott est éteint; quelques mois après seulement, si le mal de Pott est encore en évolution active ; et ils marcheront pendant toute la durée du traitement. M. Calot insiste sur cette modification du traitement, qui, en leur permettant d'aller et de venir, a eu le plus heureux retentissement sur l'état général de ses enfants et paraît favoriser plutôt la consolidation du rachis. Mais cela n'est possible que grâce à la bonne construction d'un grand appareil embrassant le tronc et emboîtant la base du crâne, appareil qui maintient très exactement la colonne vertébrale sans empêcher la marche. Ce grand appareil plâtré est remplacé par un simple corset dès qu'il existe un commencement de consolidation. Le petit corset sera maintenu un an, deux ans et même davantage, si cela paraît nécessaire pour assurer la rigidité du rachis ; mais avec ce corset, pas ou peu apparent sous les vêtements, les enfants peuvent aller en classe et vivre de la vie de tous les enfants. M. Calot montre deux enfants qui vont et viennent avec un grand appareil plâtré emboîtant la base du crâne et deux enfants avec le petit corset.

La deuxième série comprend 3 enfants destinés à montrer les heureux effets du redressement au point de vue de la paralysie; ces enfants ont été guéris de leur paralysie dans les huit jours qui ont suivi le redressement.

La troisième série comprend 12 enfants destinés à montrer les bons résultats obtenus au point de vue de la correction de la difformité. Avec le premier de ces enfants nous avons le type de la petite gibbosité datant de 4 à 6 mois au moment du redressement. Mais M. Calot n'insiste pas sur les cas de cette variété, puisque le redressement est ici accepté par presque tous les chirurgiens. Les 11 suivants avaient des gibbosités vieilles de 1 à 10 ans et dont le relief allait de 4 à 5 centim. à 10 ou 12. Pour celles-là le redressement est, comme on le sait, plus discuté. M. Calot montre les bons résultats qu'on peut obtenir dans des cas de cette variété.

Enfin la quatrième série est formée par les 6 enfants déjà présentés à l'Académie par M. Calot et qui sont dans le même état qu'au moment de leur première présentation.

Eclampsie puerpérale — M. A. Poncet fait au nom du Dr Vinay de Lyon une communication sur un cas d'*éclampsie puerpérale suraiguë avec accès sub-intrants, état général desplus graves, guérie par l'accouchement forcé et l'injection sous la peau de 3 litres de sérum artificiel.* — Il s'agissait d'une femme de 39 ans, grosse de six mois et plongée, depuis une douzaine d'heures, dans un coma absolu, avec anurie complète, menaces d'asphyxie, etc.; la température était de 39°,2. L'accouchement forcé fut rapidement pratiqué, puis on fit une injection sur différents points de 3 litres de sérum artificiel. Quelques heures après, on retirait par la sonde 250 grammes d'urine de la vessie, l'amélioration était réelle. Dès le lendemain la température devenait normale et quelques jours après la guérison était complète. M. Vinay attribue le résultat à la double thérapeutique qu'il a instituée.

M. Monod lit un rapport sur une observation communiquée à l'Académie par M. Monnier (V. *France méd.*, 1897 n° 34, p. 536).

M. Reclus. Il y a huit jours j'ai présenté à la Société de chirurgie, de la part de M. Reboul de Nîmes, une observation analogue. Malheureusement l'enfant mourut cinq jours après l'œsophagotomie interne, emporté par une bronchio-pneumonie.

M. Monod. Il faut distinguer les observations en deux séries, selon que le corps étranger est récent ou de date ancienne.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. Vallin. La première et la plus importante des mesures hygiéniques est celle qui consiste à recueillir les crachats dans un crachoir d'appartement contenant une solution d'acide phénique. La population parisienne montre malheureusement une assez grande répugnance pour l'acide phénique et préfère le sublimé qui d'ailleurs stérilise parfaitement les crachats Il faut une solution de 4 grammes de sublimé pour 1.000, cette solution devant être elle-même affaiblie par les crachats. Il est facile d'éviter les dangers que pourrait amener la toxicité de cette solution, en lui donnant une coloration spéciale. Il n'est pas indispensable que la stérilisation des crachats soit absolue. M. Grancher propose même de verser dans les crachats de l'eau simple pour les empêcher de se dessécher.

Un autre désinfectant qui ne paraît pas avoir été étudié, c'est l'aldéhyde formique à 5 p. 1000.

Il ne suffit pas d'avoir un crachoir, il faut s'en servir ; si l'on commence par le prescrire aux seuls phtisiques, ce sera signaler ceux-ci à l'attention des autres personnes ; il faut donc le prescrire à toutes les personnes qui toussent ou qui crachent.

M. Kelsch. Mes investigations comme médecin inspecteur de l'armée ont porté sur le tiers de la France ; j'ai vu des crachoirs de tous les systèmes, remplis des corps les plus variées, sciure de bois, sable, coke même. Dans la plupart des locaux, les parois sont blanchies à la chaux tous les six mois, les fenêtres sont ouvertes toute la journée. A l'hôpital, les tuberculeux avérés sont écartés autant que possible des autres malades, les objets qui ont servi à leur usage personnel sont désinfectés avec soin par les appareils de Geneste et Herscher. J'ai vu déployer contre la tuberculose des efforts sincères et soutenus.

Tout n'est cependant pas pour le mieux dans le meilleur des mondes ; ce serait parfait s'il n'y avait pas constamment des contraventions aux mesures prises. Il faut que le médecin s'applique constamment à faire pénétrer sa conviction dans l'esprit de tous ceux qui doivent surveiller l'application de ces mesures.

M. Grancher ne vise guère que la cause première de la tuberculose, le bacille ; les causes accessoires sont cependant primordiales dans la tuberculose ; toutes les causes de déchéance peuvent mener à la tuberculose. La phtisie ne désarme pas dans les casernes parce que la force de réaction contre le bacille varie dans d'énorme proportions. L'accroissement successif d'un type morbide est souvent l'effet d'un changement passager ou permanent du terrain sur lequel tombe le microbe.

La rareté de la dothiénentérie dans l'armée d'Afrique de 1830 à 1840 est un fait très remarquable ; ce qui a changé

à cette dernière époque c'est que les soldats sont arrivés non plus comme auparavant après trois ans de service, mais dès le début de leur vie militaire. Or la loi sur le recrutement de 1872 a introduit dans la constitution de l'armée actuelle un changement analogue à celui qui s'était produit en Algérie. Actuellement on prend un bien plus grand nombre d'hommes et il s'agit moins d'une sélection à établir que d'une élimination à faire. Une autre cause, c'est le rajeunissement de la troupe et la diminution de la durée du service militaire qui force à faire apprendre aux soldats en trois ans ce qu'ils devaient auparavant apprendre en sept.

M. Kelsch demande en terminant qu'on améliore la ration alimentaire du soldat en diminuant au contraire sa ration de travail.

A 4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les candidats au titre de correspondant national. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : En 1re ligne, M. Marvaud (de Toulouse); en 2e ligne, M. Moniez (de Lille); en 3e ligne *ex æquo*, MM. du Cazal (de Nice) et Vincent (de Brest); en 4e ligne *ex æquo*, MM. Coyne (de Bordeaux) et Brunon (de Rouen).

La commission de classement des candidats au titre d'associé libre a déjà délibéré, et voici la liste qui sera présentée dans quinze jours probablement : en 1re ligne, M. Commenge; en 2e ligne *ex æquo*, MM. Filhol et Richer; en 3e ligne *ex æquo*, MM. Corlieu, Galippe et Jules Voisin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Hydarthrose chronique des petites jointures. — MM. Galliard et H. Bernard présentent une femme de 39 ans qui a eu, il y a trois ans, du rhumatisme polyarticulaire subaigu, à la suite duquel sont survenues des déformations. Celles-ci consistent en hydarthroses chroniques des articulations des premières phalanges des doigts avec les os voisins (métacarpiens et deuxièmes phalanges); il y a également du liquide dans les poignets. Les orteils n'ont rien ; les articulations des phalangettes sont indemnes, les grandes jointures présentent seulement de rares craquements. Le squelette paraît indemne au niveau des articulations malades.

Ces hydarthroses ont été influencées favorablement par les bains sulfureux, la teinture d'iode, la compression, la colchique, le salicylate de lithine, l'iodure de potassium ; dans plusieurs jointures le liquide a disparu et on n'y trouve plus que des craquements. Les articulations malades permettent aux doigts quelques mouvements limités. De temps en temps, il se fait des poussées douloureuses au niveau des jointures malades ou au niveau des grandes articulations qui paraissent actuellement indemnes. Ces lésions n'ont rien de commun avec celles de la goutte et du rhumatisme noueux.

De la sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente. — M. L. Rénon. Je viens d'observer un cas de sialorrhée intermittente, au cours d'une urémie très lente, chez un malade brightique cardio-rénal.

Cette sialorrhée ne se produit que pendant l'action, quand le malade marche, dans son appartement ou dans la rue; elle cesse au repos, quand il est assis ou couché. Elle disparaît certains jours et certaines semaines pour reparaître les jours suivants.

La quantité de salive rendue est considérable : j'ai pu constater une fois 100 grammes de salive s'écoulant de la bouche en dix minutes. Cette salive contient 0 gr. 059 d'urée pour 100 cc. de salive, chiffre supérieur à la normale. L'urine diminue de quantité pendant les crises de sialorrhée et sa teneur en urée devient plus faible; il existe donc un balancement très net entre ces deux sécrétions.

Cette sialorrhée ne s'accompagne pas de stomatite : on ne note ni la moindre rougeur, ni le moindre enduit pultacé, ni la moindre ulcération sur la muqueuse buccale; je n'ai pas constaté trace d'urémie gastro-intestinale, notamment ni diarrhée, ni vomissement.

Cette sialorrhée intermittente, sans stomatite, me semble devoir être distinguée de la sialorrhée avec stomatite urémique (Lancereaux, Barié), qui est sous la dépendance directe des lésions urémiques de la muqueuse buccale; elle paraît plutôt due à l'action des produits toxiques, soit sur les glandes salivaires, soit sur le système nerveux central ou périphérique, se rapprochant des sialorrhées décrites récemment par Klippel et Lefas.

L'indication thérapeutique, assez difficile à réaliser, consiste à relever par des diurétiques le taux de la dépuration urinaire, mais il est peut-être plus sage de respecter cette hypersécrétion salivaire, quand elle n'est pas trop gênante, car elle supplée à la fonction du rein et sert à éloigner l'approche des accidents urémiques graves. D'ailleurs, dans mon cas, les divers diurétiques successivement employés n'ont produit aucune amélioration. J'ai obtenu une légère diminution de la sialorrhée avec l'atropine, mais c'est là un médicament dangereux à manier chez un brightique.

M. Mathieu pense qu'il faut incriminer une sialorrhée d'origine centrale, analogue à celle des hystériques. L'absence de troubles dyspeptiques permet d'éliminer l'hypothèse de sialorrhée réflexe à point de départ stomacal.

M. Rendu rapproche de ce fait un cas de hoquet tenace qu'il a observé chez un urémique; ce hoquet disparut sous l'influence du retour des urines et doit être attribué à l'action des poisons urémiques sur les origines du pneumogastrique.

Salicylate de méthyle. — M. Catrin. Dans le rhumatisme articulaire subaigu, le salicylate de méthyle calme mieux les douleurs que le salicylate de soude, mais agit mal contre la pyrexie : on devrait donc employer simultanément les deux méthodes thérapeutiques, ce qui permettrait d'obtenir une action plus énergique avec des doses moindres.

J'ai pu recourir sans inconvénient à des doses de salicylate de méthyle atteignant jusqu'à 30 grammes par jour.

M Siredey n'a retiré aucun bon effet de l'emploi simultané des deux médicaments; l'intolérance arrivait beaucoup plus vite que lorsqu'on donne seulement du salicylate de soude. Le salicylate de méthyle doit être réservé aux formes subaiguës et chroniques, mais la condition essentielle du succès, c'est que l'enveloppement soit bien fait. Quant aux pommades, elles sont inactives et il faut absolument y renoncer.

M. Netter a essayé le salicylate de méthyle chez les

enfants et s'en est bien trouvé, même dans les formes aiguës.

M. Rénon a vu le salicylate de méthyle donner trois cas de guérison rapide dans la sciatique.

De l'adénopathie sus-épitrochléenne dans la maladie de Morvan. — MM. Jeanselme et Milian. L'hypertrophie moniliforme des nerfs est considérée comme un signe pathognomonique de la lèpre. Pourtant dans deux cas où tout concourait pour faire porter le diagnostic de syringomyélie type Morvan, nous avons trouvé le nerf cubital parsemé de bosselures. Un examen superficiel nous eût induit en erreur, mais l'analyse plus détaillée des faits nous montra que cet aspect particulier du nerf était dû à l'accolement à ce nerf de ganglions lymphatiques sus-épitrochléens chroniquement enflammés par des panaris récidivants, le nerf étant intact.

Orchite ourlienne d'emblée chez un garçon. — M. A. Béclère vient d'observer un garçon de 15 ans brusquement atteint, en pleine santé, d'une orchite aiguë en apparence spontanée, qui n'a été ni précédée ni suivie d'aucune tuméfaction des glandes salivaires. Le début très brusque de l'orchite, après plusieurs jours de symptômes généraux et de fièvre atteignant 40°, l'intégrité absolue de l'urètre, l'absence de toute autre cause appréciable, lui firent soupçonner la nature ourlienne de cette orchite, bien qu'un chirurgien des plus distingués, s'appuyant surtout sur la participation marquée de l'épididyme au processus inflammatoire, eût envisagé un instant la possibilité d'une orchite tuberculeuse aiguë. La résolution rapide des accidents fut en faveur du diagnostic d'orchite ourlienne d'emblée.

Ce qui confirma ce diagnostic, ce fut la notion qu'au moment où le jeune garçon avait été au collège pour la dernière fois avant le début de la maladie, trois de ces condisciples avaient dû quitter la classe pour cause d'oreillons. Ce qui rendit ce diagnostic tout à fait certain, c'est que les deux sœurs du malade furent successivement atteintes d'oreillons, avec les symptômes classiques et la tuméfaction parotidienne caractéristique, l'une quinze jours, l'autre vingt-trois jours après le début de la maladie de leur frère.

Cette observation, en confirmant une fois de plus l'existence de l'orchite ourlienne d'emblée, montre surtout que, dans les formes frustes des maladies contagieuses, la filiation des accidents, étudiés aussi bien dans leur descendance que dans leur provenance originelle, constitue un des éléments les plus importants du diagnostic.

M. Lemoine. Ce qui est surtout remarquable dans l'observation de M. Béclère c'est la participation de l'épididyme au processus inflammatoire. J'ai vu fréquemment des cas semblables. On comprend combien il est difficile, quand les manifestations parotidiennes ont passé inaperçues, de ne pas penser à un accident tuberculeux ou blennorragique.

Respiration stridoreuse. — M. Variot. Un enfant de 12 mois était atteint, depuis sa naissance, de respiration stridoreuse. On entendait constamment un cornage respiratoire rauque, s'exagérant beaucoup quand on excitait l'enfant, avec conservation de la voix claire et absence de tirage. Le tubage fit disparaître le cornage pendant les quelques minutes où le tube fut conservé. Le spasme glottique semblait donc devoir être incriminé, mais l'autopsie a montré qu'il n'en était rien, et que la cause des phénomènes résidait en une malformation de la région vestibulaire du larynx ; l'épiglotte était allongée ; les deux replis aryténo-épiglottiques hypertrophiés formaient, par leur accolement, une sorte de glotte vestibulaire très étroite, haute de 1 centimètre, au-dessus de laquelle la glotte vraie avait son aspect normal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mai 1898.
Présidence de M. Jullien, *vice-président.*

La séance est ouverte à 4 h. 1/4; le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. Buret, à propos du procès-verbal, répond à la question posée par M. Martha à la dernière séance. Où sont passés les 500 francs que M. Martin Dürr avait déposés entre les mains de l'économe de la Pitié en entrant à l'hôpital? M. le Secrétaire général de l'Assistance publique lui a répondu officiellement, de vive voix, en présence de M. Aug. Voisin, notre président, que « la mère de notre malheureux collègue avait réellement touché cette somme et était venue en personne remercier l'Administration centrale ».

M. Martha maintient son assertion première, à savoir qu'un personnage, plus haut placé encore, lui a affirmé le contraire : la famille de notre secrétaire général défunt aurait refusé les 500 francs.

M. Jullien estime qu'une demande de renseignements adressée directement à la famille s'impose, en présence de ces affirmations contradictoires.

M. Buret répond qu'il écrira une lettre officielle.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Roulin demandant à quelle époque sera imprimé son travail de candidature; 2° Lettre de M. Pintaud-Desallées, membre correspondant, disant qu'il a adressé par erreur à M. Martin-Dürr, dont il ignorait le décès, un travail sur la symphyséotomie; 3° Lettre de l'Econome de la Pitié informant le secrétaire général que sa lettre, au sujet des 500 francs de M. Martin-Dürr, a été transmise à la division des Hôpitaux qui, seule, a qualité pour y répondre; 4° Lettre de M. Guinon, secrétaire de l'Association des anciens Internes, nous engageant à nous adresser, pour la concession à perpétuité pour les médecins victimes du devoir professionnel, à l'Administration de l'Assistance publique; 5° Lettres de MM. de Beauvais et Picqué s'excusant de ne pouvoir assister à la séance; 6° Lettre de M. Aug. Voisin, président, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, étant retenu par un concours. M. Voisin demande que la lecture du rapport du Secrétaire général soit reportée à la prochaine réunion.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels; procès-verbaux des séances de la Société des lettres, sciences et arts de l'Aveyron; Bulletin de la presse, etc.

M. Guépin. — **Rétrécissement pénien compliqué de cowperite suppurée; rhumatisme génital — Hypertrophie sénile de la prostate** (*sera publié*).

M. le Président remercie M. Guépin de son intéressante communication.

M. Dubuc constate que le malade observé par notre confrère a eu de l'infection des voies urinaires à l'état constant; il a dû succomber à des accidents néphritiques compliquant l'infection de sa vessie. Le malade a été soigné, au

début, à une époque où l'antisepsie était très embryonnaire : ces cas déplorables diminuent de plus en plus depuis qu'on prend les précautions antiseptiques nécessaires; néanmoins on en rencontre encore.

M. Jullien fait observer qu'il ne faut pas perdre de vue le gonocoque, point de départ de tout ce cortège d'accidents, la blennorrhagie étant une maladie générale, ne se bornant pas toujours à des accidents locaux.

M. Dubuc appuie cette manière de voir, estimant que le gonocoque joue le rôle le plus considérable, mais que le coli-bacille et les autres bactéries ont dû certainement participer à la propagation de l'infection à la vessie, aux uretères et aux reins. Il est persuadé que les sondages nombreux faits sans précautions antiseptiques sont la cause des infections secondaires par le transport des toxines. Pour lui, le gonocoque est le seul coupable relativement aux rétrécissements, en provoquant la sclérose qui les produit peu à peu.

M. Buret demande à M. Dubuc s'il est d'avis que, dans les uréthrites sans gonocoques, celles à streptocoques par exemple, cependant transmissibles, on peut observer des rétrécissements.

M. Dubuc ne le pense pas : il faut la présence du gonocoque à l'origine et une prédisposition de l'individu.

M. Millée fait observer, à ce propos, qu'il a vu des anciens blennorrhagiques, ayant eu des gonocoques, uriner d'une façon parfaite et n'ayant pas le moindre rétrécissement.

M. Tissier rappelle que, chez certains malades, des rétrécissements surviennent alors que le gonocoque a disparu depuis longtemps.

M. Dubuc répond que le gonocoque peut avoir fait de fausses sorties, mais qu'il est toujours la cause première du rétrécissement.

M. Christian demande si le malade de M. Guépin s'est marié et a eu des enfants.

M. Guépin répond que son malade était marié, mais n'a pas eu d'enfants; on ignore si sa femme fut infectée. Quant à la question théorique, M. Guépin est d'avis qu'il vaut mieux attendre, avant de se prononcer, que les opinions sur cette étiologie des rétrécissements soient établies sur des données précises.

Troubles digestifs para-bronchiques. — M. Grasset (V. ci-dessus, p. 337).

M. le Président remercie M. Grasset de son travail intéressant.

M. Jullien demande à M. Leudet si, dans la station minérale qu'il fréquente, il a pu faire des observations concordant avec celles de M. Grasset.

M. Leudet croit que les vues de M. Grasset sont plutôt théoriques que pratiques, car les mucosités bronchiques qui tombent dans l'estomac subissent, dans cet organe, des modifications chimiques de toute nature.

M. Grasset se défend de généraliser ses observations aux adultes, aux tuberculeux et même à tous les enfants; il persiste à croire à la toxicité des crachats chez certains petits malades strumeux. Il fait observer que l'entérite tuberculeuse se produit souvent chez des malades par auto-inoculation lorsqu'ils « crachent dans l'estomac », selon l'expression de M. Leudet.

M. Millée dit que, sans raisonnement bien arrêté, mais par une sorte d'intuition personnelle, il a toujours donné des expectorants au début d'une bronchite, uniquement pour débarrasser l'estomac des crachats qu'il pouvait contenir.

M. Buret, qui a remplacé pendant dix ans, d'une façon intermittente, le Dr Comby au Dispensaire pour enfants, à la Villette (Société Philanthropique), donnait toujours, et par principe, l'ipéca aux enfants atteints de bronchites, et cela, dans le but voulu de leur faire évacuer les crachats introduits en totalité ou en presque totalité dans le tube digestif.

M. Jullien pense que la nécessité des évacuants légers s'impose dans les bronchites, et surtout celles des enfants.

M. Tissier dit qu'il a observé à plusieurs reprises des grippes qui, sans action médicamenteuse, se sont guéries par une simple diarrhée.

M. Grasset croit que les accidents dont il a parlé sont plutôt post-bronchitiques que para-bronchitiques.

M. Monel, interne à Saint-Lazare, donne lecture d'une observation sur **Un chancre bilatéral des amygdales** (*sera publié*).

M. Jullien, son chef de service, complète les renseignements en disant que la malade n'avait aucune adénite inguinale, et, au contraire, des ganglions cervicaux et sous-maxillaires très prononcés : la porte d'entrée n'a donc pas été la vulve.

La séance est levée à 5 h. 45.

Le Secrétaire annuel : Dr Mouzon.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

Séance du 23 mai 1898. — Présidence de M. Tripet.

Démonstrations de la méthode d'hématoscopie. — M. Hénocque. L'analyseur chromatique est essentiellement constitué par un disque portant des verres jaunes d'épaisseur graduée, portant un numéro qui indique la quantité d'oxyhémoglobine. Par exemple si avec le n° 13 on voit encore les bandes et qu'on ne les perçoive pas avec le n° 14 la quantité d'oxyhémoglobine est de 13 p. 100.

Cet instrument, dont les données concordent avec celles de l'analyse par l'hémato-spectroscope, permet donc l'analyse quantitative de l'oxyhémoglobine et dispense de faire des piqûres répétées lorsqu'on veut examiner le sang des malades. Il est bon néanmoins d'employer les deux procédés concurremment.

Un seul appareil complet, l'analyseur chromatique réuni à un hématoscope de verre et à un hématoscope d'émail dans une seule gaîne, constitue l'instrumentation suffisante pour toutes les recherches de spectroscopie biologique clinique.

Traitement de l'anorexie des tuberculeux. — M. le Dr Elisée Ribard. Le mot anorexie signifie souvent chez les tuberculeux non seulement la perte de l'appétit, mais encore répugnance invincible pour la nourriture. Or l'alimentation est le plus grand moyen de défense des phtisiques.

Pour vaincre l'anorexie on s'est adressé d'abord aux médicaments, mais ils sont de plus en plus abandonnés comme peu sûrs et produisant parfois une véritable gastropathie médicamenteuse.

La diète intégrale a été conseillée dans quelques cas fort rares dont l'auteur n'a jamais trouvé l'indication.

Le gavage a été préconisé par Debové pour qui le proverbe « l'appétit vient en mangeant » est une vérité médicale. D'après les observations de malades gavés recueillies par l'auteur dans le service de M. le Dr Letulle, M. Ribard montre que le gavage n'augmente pas l'appétit, mais qu'il est très précieux pour donner aux malades une alimentation supplémentaire en lui évitant la vue, l'odeur, le goût et la déglutition des aliments.

Puis on s'est dit : soignons la maladie et l'anorexie disparaîtra d'elle-même. L'idée est juste, mais avec le meilleur traitement le résultat est long à venir et on peut faire mieux.

M. E. Ribard rappelle ensuite les expériences qu'il a faites dans ce sens à l'hôpital Boucicaut au moyen des grands froids, 83°, ou crymothérapie locale, et dont les résultats jusqu'au 31 janvier ont été publiés à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

L'auteur explique ensuite l'action des basses températures sur l'organisme et après avoir donné la suite de ses premières observations, il conclut ainsi : tout en appliquant aux tuberculeux le meilleur traitement on peut soigner et vaincre leur anorexie habituelle au moyen de la crymothérapie locale, c'est-à-dire des applications de neige carbonique ; le traitement est puissant, indolore et absolument inoffensif.

M. Groussin demande si M. Ribard n'a pas eu d'insuccès et s'il s'agissait d'anorexie complète dans les cas observés.

M. Ribard a toujours vu l'appétit revenir chez les malades traités par sa méthode au bout d'un temps plus ou moins long, 4 ou 5 jours en moyenne. Une fois même après une seule séance il constata dès le lendemain le retour de l'appétit. Il s'agissait bien d'anorexie complète puisque dans un cas, cette anorexie datait même de 4 ans.

M. Tripet demande si l'application du froid, selon la technique indiquée par l'auteur, n'a pas eu d'effet congestif sur le foie, si cette action ne s'est pas manifestée par l'examen des urines, et si d'autre part aucun malade n'eut à la suite du traitement de point pleurétique ou autre.

M. Ribard une seule fois a dosé l'urée qui ne parut pas augmentée sensiblement.

D'autre part jamais aucun malade n'accusa de point douloureux après l'application de la méthode.

M. Niepce. Combien de temps avant le repas se faisaient les applications ? Les malades accusaient-ils la sensation du froid ?

M. Ribard. En général c'est 20, 30 ou 40 minutes avant les repas qu'avaient lieu les applications. Les malades ne se plaignaient pas du froid. Le thermomètre sur la peau ne descendait jamais au-dessous de + 5°, ce qui est très supportable.

M. Groussin demande si l'application se fait dans un sac imperméable.

M. Ribard. Non, c'est un sac de toile grossier. L'imperméabilité aurait le défaut d'amener des explosions, car la neige carbonique s'obtenant au moyen d'acide carbonique liquéfié, les parois du sac devraient de ce fait pouvoir supporter une pression de 70 atmosphères.

M. Picard. Le procédé a-t-il été utilisé pour d'autres anorexies que l'anorexie tuberculeuse ?

M. Ribard. En clientèle, on a mis ce traitement en usage chez les cancéreux de l'estomac, avec succès, mais il ne peut encore parler de ces cas tout différents. C'est de l'anorexie des tuberculeux qu'il tient à s'occuper tout particulièrement.

Le traitement est un peu coûteux, ce qui peut nuire à sa vulgarisation. Bien que la neige se maintienne 18 heures, et puisse servir efficacement ce laps de temps, il faut savoir qu'il est nécessaire d'employer chaque fois 10 kilog. environ d'acide carbonique ce qui revient à peu de chose près à 10 francs.

Appareil à ozone. — M. Labbé. L'appareil se compose : 1° d'un générateur d'électricité (piles ou accumulateurs), donnant une tension de 4 *volts* et au débit de 2 *ampères* ; 2° d'un transformateur de grande tension représenté ici par une bobine Ruhmkorff de deux centimètres d'étincelle ; 3° d'un tube à effluves où se produit l'ozone ; ce tube est une sorte de condensateur en verre constitué par deux tubes de verres concentriques et largement ouverts à leurs extrémités ; la surface interne du cube intérieur est tapissée d'une feuille d'aluminium ; à sa surface externe est enroulée une spire du même métal ; chacune de ces surfaces métalliques est reliée aux pôles de la bobine ou transformateurs de tension. La décharge de ce condensateur se fait d'une façon continue *sans étincelle*, sous forme d'effluves d'un bleu violet très facilement perçues dans l'obscurité.

Cette continuité de l'effluve transforme en ozone l'oxygène de l'air contenu dans chacun de ces tubes et, sous l'influence du courant, il se fait un échauffement de l'air qui détermine une circulation d'air ozoné suffisante pour éviter l'emploi d'une soufflerie encombrante et toujours difficile à réaliser d'une façon pratique.

L'ozone ainsi préparé est exempt de produits nitreux ainsi que cela a été démontré au Collège de France par mon regretté maître le Professeur Schutzenberger.

De plus, la quantité d'ozone ainsi produit réalise ce que j'ai appelé la dose thérapeutique qui est d'un dixième de mille gramme par litre d'air.

C'est cet appareil qui m'a servi chez tous les malades dont j'ai entretenu la Société à différentes reprises : chez les anémiques, les tuberculeux et plus récemment dans la coqueluche.

M. Hénocque a vu M. Labbé employer un autre appareil sur lequel l'appareil actuel constitue un progrès. Il tient à insister sur ce fait que des expériences qu'il a faites avec M. Labbé sur l'action de l'ozone, il résulte qu'il n'existe pas de meilleur moyen pour augmenter la quantité d'hémoglobine et pour augmenter aussi l'activité de sa réduction. Il est tout à fait remarquable que les constatations puissent être faites même après une seule inspiration d'ozone. D'autre part, il s'agit d'une méthode d'une innocuité absolue qui a pu être appliquée chez les tout jeunes enfants. La méthode donne aussi des résultats très sensibles dans l'anorexie si commune des anémiques. Tous ces résultats, ces effets des inspirations d'ozone ont été très discutés, mais aujourd'hui ils ne peuvent plus être mis en doute.

M. Niepce demande si l'ozone a été employée dans les hémoptysies et dans le purpura, et quels ont été les effets produits ?

M. Labbé. Le traitement par l'ozone ne semble pas curateur de ces cas particuliers, mais il ne les aggrave pas : ce n'est pas un traitement congestif.

M. Tripet se sert de l'appareil dont M. Labbé se servait également avant celui qu'il présente aujourd'hui, mais il ne l'a employé jusqu'à ce jour que dans la coqueluche.

M. Hénocque. A Saint-Raphaël il existe des expériences entreprises par MM. Lagrange et Vignal sur l'action de l'ozone, chez les phtisiques. On compte les globules, on note la quantité d'hémoglobine, mais jusqu'à ce jour, bien que les résultats semblent assez bons, ils sont encore fort incomplets et ne sont pas encore publiés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juin 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Hématurie. Ablation du rein. Guérison. — M. Pousson. Une malade atteinte d'urémie et d'hémorrhagies profuses, chez laquelle on constate l'hémorrhagie provenant d'un uretère unique, subit la néphrectomie. Les hémorrhagies cessent et, depuis ce temps, la guérison se maintient.

Le rein était scléreux dans une grande partie de son étendue et, dans les points où la sclérose n'existait pas, on trouva une congestion énorme de la substance médullaire ; c'étaient des phénomènes congestifs qui donnaient lieu aux hématuries graves qui ont déterminé à faire la néphrectomie.

M. Poirier. Un fait de néphrite interstitielle chronique hématurique fut justiciable pendant quelques mois de la néphrectomie qui fit cesser les hémorrhagies. Mais quelques mois plus tard le malade fut pris d'attaques d'asthme graves, de congestion pulmonaire auxquelles il succomba. Le rein qui restait, atteint de néphrite, certainement, ne suffit pas à permettre au malade de supporter ces complications.

M. Monod. Si à l'ouverture du rein, on ne trouve pas une cause locale, calcul ou kyste, qui explique l'hématurie, je trouve de la plus grande imprudence d'enlever le rein.

M. Pousson. Je n'ai pas préconisé la néphrectomie dans tous les cas de néphrite. J'avais examiné ma malade, elle souffrait, elle était très affaiblie, elle saignait de ce rein d'une façon dangereuse. J'ai été au plus pressé et j'étais autorisé à enlever le rein.

Hystérectomie vaginale. — M. Potherat. Depuis 1873, j'ai pratiqué 31 opérations nouvelles à ajouter aux 12 que j'ai déjà publiées. Je considère l'hystérectomie vaginale comme l'opération de choix pour les fibrômes utérins. Avec elle on supprime tous les dangers de la cicatrice abdominale et de plus la dépression, le choc opératoire est moindre que dans la laparotomie. Sur mes 43 cas j'ai eu 3 décès : l'un par hémorrhagie, le deuxième par infection péritonéale et le troisième par l'injection dans le ventre d'un liquide destiné au vagin, le quatrième jour.

Il est entendu qu'un vagin non dilatable ou un volumineux fibrôme jusqu'à l'ombilic sont des contre-indications.

Quant au manuel opératoire, je me rapproche autant que possible de celui de Segond.

M. Routier. Le choix de la méthode et le procédé pour l'exécution de cette méthode, tels sont les deux points qui paraissent en discussion. De tous les résultats opératoires, celui donné par l'hystérectomie vaginale paraît se rapprocher davantage de l'idéal. J'ai eu cependant quelques mauvais résultats. Sur 38 cas je compte 6 morts. J'ai pu faire toutes les autopsies, sauf une qui est morte d'hémorrhagie. Dans un cas je n'ai rien trouvé, une deuxième avait de l'urémie, une autre avait des phénomènes de péritonite due à une escharre du cæcum, une autre avait de la septicémie péritonéale et une dernière a continué à être dans le très fâcheux état qui m'avait déterminé à opérer. J'ai dû opérer deux cas où les fibrômes remontaient au-dessus de l'ombilic.

Dans quelques cas j'ai dû ouvrir le ventre pour remédier à des hémorrhagies.

Quant aux hystérectomies abdominales, on les emploie surtout pour des fibrômes plus difficiles, or ma statistique n'est pas plus chargée que dans la vaginale.

Il est difficile de juger exactement ces différences de procédés. Et tout en admirant le résultat de l'hystérectomie vaginale, je préfère la voie abdominale, qui permet de voir ce que l'on fait et les complications en face desquelles on peut se trouver.

Suture du droit supérieur à la paupière pour remédier au ptosis. — M. Delens fait un rapport sur l'opération nouvelle et appelée à être adoptée dont M. Motais (d'Angers) a envoyé la description accompagnée d'observations cliniques à la Société de chirurgie.

M. Delbet fait une communication intitulée : **Occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle.**

F. Verchère

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

(1er et IIe arrondissements)

Séance du 19 Avril 1898. — Présidence de M. Moutier.

Le Secrétaire des séances donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Faisant droit à une remarque de M. L. Dubrisay, il est bien spécifié que les observations échangées à propos de l'honorariat de M. Colson sont d'ordre général (nécessité du vote — article des Statuts) et ne touchent en rien la personnalité de M. Colson. — Après cette modification le procès-verbal est adopté.

Correspondance. — Le Secrétaire général dépouille la correspondance qui comprend : 1° Lettres de remerciements de M. Colson nommé membre honoraire ; de MM. Ern. Richard, Geoffrion, de M. Michel nouvellement élu ; 2° lettres d'excuses de M. Gourc demandant à reporter sa communication à une séance ultérieure et de M. Didsbury qui ne peut assister à la séance ; 3° lettre de MM. Cayla et Desnos demandant l'avis de la Société sur l'organisation d'un Congrès de Déontologie pour 1900. Ce Congrès devrait-il être réuni au Congrès international des Sciences médicales ou bien être un Congrès spécial de Déontologie médicale ?

M. L. Dubrisay. M. Desnos doit avoir étudié spécialement la question ; on pourrait le prier d'assister à la prochaine séance et de bien vouloir donner à la Société les éclaircissements nécessaires.

M. Picqué. M. Chauffard, comme secrétaire général du Comité pour l'organisation du Congrès international de Médecine, doit avoir étudié ce point particulier, il faudrait savoir s'il existe dans son projet une catégorie de Déontologie. — En tout cas le sujet semble bien limité pour en faire un Congrès spécial.

M. Sébillotte. Il faut distinguer deux parties bien délimitées : 1° l'utilité, l'opportunité du Congrès ; 2° plus tard, discuter les détails, les moyens à employer.

M. Suss. La question est certainement très intéressante ; mais la façon dont elle est posée aujourd'hui est trop vague,

et pour ne pas juger à la légère un point aussi important, on pourrait, comme l'a dit M. L. Dubrisay, prier M. Desnos de venir l'exposer plus longuement.

Réunions sientifiques plénières. — Le Conseil général demande l'avis de la Société du Louvre sur l'organisation de réunions scientifiques plénières des Sociétés d'arrondissements, réunions où l'on traiterait des sujets soit choisis d'avance, soit au gré des auteurs.

Après remarque de MM. Picqué et Kuhff, la Société du Louvre se prononce à l'unanimité contre l'organisation de ces réunions.

M. Moutier. Il pourrait être intéressant pour notre Société d'avoir des délégués au Congrès des Sociétés savantes.

On pourrait faire une demande pour que la Société soit comprise au nombre de celles qui envoient des délégués à ces Congrès.

Adopté à l'unanimité.

Rapport de M. Kuhff sur la candidature de M. le Dr Deléage. Thèse de 1890 : *Maladie de Thomsen*. M. Deléage est admis à l'unanimité membre de la Société du Louvre.

M. Le Noir fait une communication sur **l'acanthosis nigricans et ses rapports avec les cancers de l'abdomen.** Le côté pratique qui résume la communication de M. Le Noir est que dans plusieurs cas on a trouvé une coïncidence de cette singulière affection de la peau avec les cancers de l'abdomen, plus ou moins avancés dans leur évolution ; on pourrait donc en tirer un signe de diagnostic précoce.

M. Picqué trouve que ce signe de diagnostic précoce serait extrêmement intéressant et utile pour le chirurgien, puisqu'il permettrait d'opérer rapidement ; il y a donc lieu d'examiner attentivement les malades à ce nouveau point de vue.

M. Descroizilles. La pigmentation anormale des téguments au cours d'une maladie est en général une mauvaise chose, elle indique une cachexie avancée ; il n'est pas rare de la voir chez des enfants profondément cachectisés, chez ceux porteurs de tumeurs blanches, etc.

M. Le Noir. Ce peut être en effet un signe de cachexie, ce n'est pas du cancer de la peau.

De la cure radicale des hémorrhoïdes. — M. Picqué, après avoir rappelé les divers travaux depuis Gosselin, Verneuil et Richet, travaux repris dernièrement par M. Quénu au point de vue anatomo-pathologique, passe en revue les divers procédés employés par les auteurs déjà cités ; puis après avoir montré les indications et les contre-indications de l'opération, il établit la technique opératoire réglée par Whitehead et qui peut être plus ou moins modifiée. Les résultats obtenus lui ont toujours paru excellents.

M. Jaubert rappelle la pratique de Amussat père, qui employait les caustiques de Vienne ou de Filhos et qui avait de très bons résultats.

M. Le Noir pense avec nombre de médecins qu'il y a des cas où il ne faut pas opérer.

M. L Dubrisay. Chez les femmes enceintes, on voit souvent des hémorrhoïdes, il semble que le mieux est de ne pas y toucher, car souvent elles disparaissent spontanément après l'accouchement ; en cas de douleur intense, avoir recours aux vieux moyens.

M. Moutier. Le professeur Doumer, de Lille, a traité les hémorrhoïdes par des courants de haute fréquence et a eu de bons résultats.

M. Picqué reste sceptique à l'égard de ce traitement par l'électricité et voudrait savoir quels genres d'hémorrhoïdes on a ainsi traitées.

La séance est levée à 10 h. 3/4.

Le secrétaire annuel : Dr Henri Brausse.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Tenu à Montpellier du 12 au 17 avril 1898

(*Suite*) (1)

Système nerveux. — M. Pitres (de Bordeaux) a étudié les *anesthésies viscérales chez les tabétiques*. Ces anesthésies sont fréquentes. On connaît bien celles de la vessie, de l'urèthre, du rectum et de l'anus, celle du testicule. M. Pitres y ajoute celle de la mamelle chez la femme, et l'anesthésie épigastrique. Sur 50 cas de tabès, M. Pitres a trouvé la sensibilité épigastrique profonde normale, 28 fois, affaiblie 13 fois, abolie 9 fois ; elle s'accompagne de la perte de la sensation de la faim et de la sensation du degré de replétion de l'estomac. Cette anesthésie tient peut-être à des lésions du sympathique abdominal ou de ses branches.

M. Rispal (de Toulouse) a examiné par la méthode de Nissl, la moelle de 2 sujets ayant succombé au *tétanos*, l'un au bout de deux, l'autre au bout de six jours. Dans le premier cas, les *cellules radiculaires antérieures* présentaient une *tuméfaction du corps cellulaire, du nucléole et des corpuscules de Nissl avec chromatolyte* (comme dans le tétanos expérimental). Dans le second, existait une *transformations hyaline du protoplasma avec déformation et refoulement du noyau*.

MM. Rodet et Bertin-Sans ont provoqué des *troubles médullaires chez des cobayes tuberculisés soumis aux rayons X*. Ils ont provoqué d'abord la chute des poils, la production de plaies, et des accidents paraplégiques et convulsifs qui aboutisent à la mort en dix ou douze jours. L'examen de la moelle démontra l'existence d'une méningo-myélite.

MM. P. Parisot et L. Spillmann ont observé *chez un tabétique une arthropathie nettement nerveuse au début et devenue tuberculeuse*, le malade s'étant tuberculisé alors qu'il était atteint d'une arthropathie tabétique typique du genou avec subluxation du tibia. L'autopsie confirma le diagnostic de tabès et montra dans l'articulation la présence des lésions caractéristiques de l'arthropathie tabétique et celles de la tuberculose articulaire.

M. Rauzier décrit *l'angor pectoris prépleurétique* symptomatique d'affections de la plèvre dont il cite deux cas typiques, et qui simule absolument l'angine de poitrine vraie. Il conclut que le syndrôme de l'angor pectoris, accompagné ou non de collapsus cardiaque, peut constituer la première manifestation d'une pleurésie dont les symptôme physiques ne deviendront apparents qu'un certain nombre d'heures ou de jours après le début des manifestations angineuses. Ces faits semblent rentrer dans le cadre des formes névralgiques de l'angor pectoris.

M. Rauzier cite ensuite un cas de *Paralysie faciale dite « a frigore »* qui vient à l'appui de l'origine névropathique, héréditaire de cette maladie. La grand'mère du malade

(1) V. *France médicale* 1898, nos 16 et suiv.

avait eu une paralysie faciale à 36 ans ; de même une fille de cette dernière avait eu aussi la même maladie et avait engendré une fille hydrocéphale.

Sur les facteurs de la gravité dans le diabète sucré. — M. F. Déléage (de Vichy), s'appuyant sur une observation de 300 cas de diabète, étudie les facteurs qui interviennent dans le pronostic de cette maladie. Il insiste sur ce fait que la gravité n'est pas proportionnée au degré de la glycosurie, cette gravité est influencée surtout par l'âge, par l'état de la nutrition et des fonctions digestives, par l'état du foie, du rein et du système nerveux.

Pour ce qui est de l'âge, on sait que le diabète infantile est très grave, l'organisme de l'enfant n'est pas apte à résister à la désassimilation exagérée et aux auto-intoxications qui en sont la conséquence. Chez l'adulte, il ne faut pas confondre la glycosurie simple avec le diabète, mais il ne faut pas oublier non plus que cette glycosurie, négligée, aboutit au diabète vrai.

L'état des échanges nutritifs joue un grand rôle dans le pronostic du diabète ; cet état permet d'expliquer la présence ou l'absence de complications opératoires chez les diabétiques ; il fournit des indications autrement importantes que le degré de la glycosurie au sujet de l'opportunité des interventions chirurgicales.

En raison du rôle qu'il a dans la genèse de la glycosurie, l'état du foie est un des facteurs principaux de la gravité du diabète. Cette glande est en effet hypertrophiée chez les 2/3 des diabétiques gras, souvent alcooliques. Aucun danger ne vient de là tant que la cellule hépatique est capable de subvenir à la suractivité fonctionnelle qui lui incombe. Cette congestion peut aboutir à la cirrhose qui domine alors la scène, car la glycosurie diminue, à mesure que s'établissent les lésions cellulaires ; et ces lésions sont favorisées par l'abus de l'alcool, des arsenicaux et des graisses. L'administration rationnelle de l'alcool, de l'arsénic et des graisses n'est indiquée que dans les formes consomptives du diabète.

La gravité vient du rein, si cet organe devient insuffisant ; l'hyperglycémie se double alors d'une toxhémie. L'albuminurie n'a de signification sérieuse que si elle est abondante et surtout si elle est symptomatique d'une néphrite. M. Deléage cite le cas d'un malade ayant depuis dix-huit ans, de 3 à 10 grammes d'albumine et de 20 à 110 gr. de sucre dans les urines dans 24 heures, sans présenter de trouble sérieux de l'état général, albumine due probablement à une gomme syphilitique cicatrisée et ayant déterminé une sclérose très localisée, d'une portion d'un rein. Le diabétique ne pourra subvenir à la désassimilation exagérée que si ses fonctions digestives sont normales. Toute perturbation dans ces fonctions peut avoir des conséquences graves et aboutir à l'acétonimie.

A propos de l'influence du système nerveux sur le diabète, M. Délage envisage la question des réflexes tendineux, question encore bien obscure ; mais il est d'avis que l'état des réflexes tendineux n'a aucune importance pronostique dans le diabète non compliqué de lésions nerveuses, et qu'il ne peut donner aucune indication touchant l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

L'avenir du diabétique dépend surtout de l'état de ses appareils digestifs et nerveux, de son foie et de son rein.

VARIÉTÉS

De la coupe aux lèvres

Nous reproduisons l'article publié sous ce titre dans l'avant-dernier numéro du *Bulletin médical*, par notre ami le Dr Noël, dans le bon sens est aussi connu que sa compétence en tout ce qui touche les questions de médecine militaire. On verra quelle opinion nos confrères de l'armée doivent se faire de la bonne foi du général Billot, l'homme néfaste auquel notre pays est surtout redevable du malaise mis en évidence par le procès Zola.

L'exposé des motifs du projet de loi portant revision des cadres des médecins militaires, présenté le 5 mai 1898 par le ministre de la Guerre au nom du Président de la République, commençait en ces termes :

« *Le cadre des médecins militaires, tel qu'il est déterminé par la loi du 16 mars 1882, ne répond plus aux exigences du service en temps de paix, ni à celles de la mobilisation.* »

Cette déclaration, dont la gravité ne pouvait échapper au législateur, entraîna le vote immédiat et sans discussion du projet, dont la réalisation parut alors devoir être imminente.

Il n'en a rien été cependant. Comme toujours, quand il s'agit des médecins militaires qu'il prétend — sans doute par ironie — lui être « particulièrement chers », le général Billot n'a eu cure de ses engagements. Les cadres du service de santé n'ont pas été modifiés, et les stagiaires du Val-de-Grâce attendent toujours leur nomination d'aide-major de 2e classe.

Dans l'espèce, cette inexécution de la loi prend un caractère de gravité spécial, puisqu'il s'agit de mesures destinées à remédier aux lacunes de notre organisation militaire. Aussi le *Progrès militaire* a-t-il poussé un cri d'alarme (1).

« Quelles raisons, dit-il, peuvent bien retarder le général Billot, après avoir leurré l'application de la loi sur le service de santé dont l'insuffisance a été constatée par les rapporteurs à la Chambre et au Sénat?

Il n'est pas admissible que, depuis la promulgation de cette loi, les décrets destinés à la mettre en vigueur n'aient pas été rédigés ; nous demandons qu'ils voient enfin le jour. »

A cette mise en demeure il a été répondu par une note, d'allures officieuses, parue dans un journal politique (2), et dont voici la teneur :

« On s'est étonné du retard apporté à la promulgation des décrets destinés à mettre en vigueur la loi portant accroissement du service de santé militaire. Outre que les ressources budgétaires font défaut, et qu'il faut attendre la réunion des Chambres pour avoir les crédits nécessités par la nouvelle loi, il est clair qu'une augmentation subite du nombre des médecins produirait un embarras dans les cadres et serait compensée, à bref délai, par un arrêt presque complet de l'avancement dont le corps de santé souffrirait grandement. Aussi le ministre de la Guerre a-t-il décidé de procéder progressivement aux promotions pré-

(1) 14 mai 1898.
(2) *Eclair* du 19 mai 1898.

vues par la loi, de manière à en avoir terminé à la fin de 1898. »

Cette argumentation..... étrange a été aisément réfutée par le *Progrès militaire* dans un article dont voici les principaux passages (1) :

« Nous ne voyons pas pourquoi des décrets destinés à empêcher un à coup qu'il convient d'éviter tardent à paraître, sous le prétexte qu'on veut se garer de cet inconvénient, ni comment on y remédiera si tous les emplois nouveaux sont pourvus dès la fin de 1898.

« En tout cas, cet à coup n'est pas à craindre pour ce qui est de conférer aux stagiaires du Val-de-Grâce le grade d'aide-major de 2e classe : il convient au contraire de mettre entre la nomination au grade d'officier des stagiaires actuels et celle des jeunes gens qui les suivent, et qui entreront au Val-de-Grâce en janvier prochain, un intervalle suffisant pour sauvegarder les droits de l'ancienneté, lorsque se posera dans quelques années, pour les stagiaires de 1898 et pour ceux de 1899, la question de la proposition au grade de major de 2e classe.

« Nous nous refusons à croire que des crédits doivent être demandés à la Chambre pour l'application de la loi. Le ministre de la Guerre a déposé son projet après entente préalable avec son collègue des Finances. D'autre part n'a-t-il pas dit à la tribune qu'il avait réalisé des économies sur le personnel pharmaceutique ? La vacance non comblée du poste de pharmacien inspecteur permet assurément la nomination immédiate au moins d'un médecin inspecteur et le galon à concéder aux stagiaires ne grèvera le budget que d'une somme absolument insignifiante (2). Si M. le général Billot n'avait pas cru pouvoir appliquer la loi sans un vote spécial de crédits, il n'aurait pas manqué d'ajouter dans son projet de loi l'article nécessaire pour l'obtenir des Chambres ; comment admettre que sciemment il aurait fait voter des dispositions légales qu'il savait ne pas pouvoir appliquer ! »

L'étonnement du *Progrès militaire* est pour nous surprendre, car ce qui se passe était facile à prévoir, et quelque chose d'analogue avait déjà eu lieu.

Le 26 janvier 1898, quand MM. de Mahy et Chapuis ont conquis de haute lutte les cinq places de principal de 2e classe que comportait la loi de 1882, mais qu'on ne remplissait pas pour cause d'économie, le général Billot a refusé les crédits qu'on lui offrait, et a prétendu que la mesure pourrait être réalisée sans dépense au moyen d'une réduction équivalente sur l'effectif budgétaire des pharmaciens. Nous avons démontré à ce moment que ces soi-disant réductions étaient irréalisables et de fait elles n'ont pas été effectuées.

En ce qui concerne le projet de loi déposé le 5 mai 1898, le général Billot a agi de même. Il n'a pas demandé de crédit spécial et prétend encore trouver les fonds nécessaires par suite des réductions apportées dans l'effectif des pharmaciens, ainsi qu'il ressort du passage suivant de son exposé des motifs :

« *Le nombre des pharmaciens militaires est ramené de 185 à 115... L'ensemble du corps de santé (Médecins et pharmaciens militaires) ne reçoit ainsi, tout compte fait, qu'une augmentation de trente-sept unités.* »

Or, aujourd'hui comme il y a trois mois, les pharmaciens militaires, protégés par les lois qui sauvegardent la situation des officiers contre le bon plaisir ministériel, sont intangibles, et les réductions que l'on pourrait apporter aujourd'hui à leur effectif seraient dérisoires. Ce n'est pas de ce côté que peut venir l'argent nécessaire, et les augmentations de cadre prévues par la nouvelle loi sont inexécutables. De nouveau on se trouve en présence de ce dilemme : erreur ou mauvaise foi. Nous ne voulons pas creuser cette question, bien que la chose soit facile ; c'est aux députés, qui ont contraint le ministre de la Guerre à demander une augmentation des cadres du service de santé, c'est à MM. Mézières, de Mahy, Chapuis — pour ne citer que les principaux — qu'il appartient de faire la lumière sur les agissements ministériels. Ce qu'ils ont fait dans le passé est un sûr garant de ce qu'ils feront dans cette nouvelle législature, et nos confrères militaires peuvent avoir bon espoir.

En tout cas ils se rappelleront que quand l'échanson est le général Billot il y a, pour eux, loin de la coupe aux lèvres.

Dr Noel

(1) 21 mai 1898.

(2) Cette différence de solde n'est que de 190 francs par an ; aussi, les médecins stagiaires, s'ils réclament le grade d'aide-major de 2e classe que leur confère la nouvelle loi, ce n'est pas pour les 0 fr. 50 qu'ils toucheront en plus chaque jour mais bien pour mettre fin à une situation militaire anormale, et voir leur avenir non plus à la merci d'un examen, mais protégé par les lois qui garantissent à l'officier la possession de son grade. Dr N.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Le Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) s'est terminé par les nominations suivantes : Paris : Chirurgie, MM. Legueu, Mauclaire, Faure. — Accouchements : MM. Lepage, Wallich.

Lyon : Chirurgie, MM. Nové-Josserand, Bérard.

Bordeaux : Chirurgie, M. Chavannaz ; accouchements, M. Fieux.

Montpellier : Chirurgie, M. Imbert.

Nancy : Chirurgie, M. André.

Toulouse : Chirurgie, MM. Cestan, Bauby ; accouchements, M. Audebert.

Lille : Chirurgie, M. Gaudier.

Université de Paris. — Le Conseil de l'Université de Paris a pris la délibération suivante :

Le diplôme de docteur de l'Université de Paris est délivré, dans les formes prévues par le décret du 21 juillet 1877 et de la délibération du 28 mars 1898, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de médecine de Paris, avec dispense du grade de bachelier.

Le présent règlement sera mis à exécution à partir de l'année scolaire 1897-1898.

Légion d'honneur. — A l'occasion du voyage de M. le président de la République à Saint-Etienne, MM. Gaillard, médecin-major, et Fleury-Zice, président au conseil d'hygiène, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours d'oculiste-adjoint s'est terminé par les propositions suivantes : 1° M. Cabannes, 2° M. Fromaget.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr Crespin (Marie-Louis-Joseph) est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr Fage est

chargé d'un cours d'histologie pendant la durée du congé accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Manquat, professeur d'histologie.

M. Decamp est prorogé dans ses fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le Dr Martin est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

M. Malaprat, pharmacien de première classe, est institué chef des travaux de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Labatut (Prosper-Marius), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le Dr Donnet (René-Adrien) est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Berland est prorogé dans ses fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Corps de santé de la marine. — MM. les médecins de première classe Vivien (L.-A.-A.-F.), du port de Lorient, et Conan (C.-F.-L.-M.), du port de Rochefort, sont autorisés à permuter.

M. Roux (G.-F.-L.), médecin de première classe de réserve du port de Brest, est rayé des cadres de la réserve de l'armée de mer comme ayant accompli le temps de service exigé par la loi de recrutement.

MM. les médecins de première classe Touchet (L.), du cadre de Cherbourg, embarqué sur le *Calédonien*, et Jourdan (L.), du cadre de Rochefort, embarqué sur le *Friant*, sont autorisés à permuter de port.

Souscription Chervin. — Des amis de M. Chervin aîné, Directeur-Fondateur de l'Institut des Bègues de Paris, décédé le 23 décembre, ont eu la pensée de s'unir pour assurer le souvenir de cet homme de bien.

Sur notre demande, le Conseil municipal de Bourg-de-Thizy (Rhône), ville natale de Chervin aîné, a mis à notre disposition une de ses places où nous avons le projet d'élever un monument artistique important.

La Ville de Lyon, où Chervin aîné a si longtemps exercé, a décidé de placer son buste dans la salle du Musée consacrée aux illustrations lyonnaises.

Pour assurer l'exécution de ces projets, nous avons ouvert une souscription entre les amis et les anciens élèves de Chervin aîné et nous les prions de vouloir bien faire parvenir leur offrande à notre Trésorier.

A titre de souvenir et de remerciement les souscripteurs recevront, après leur exécution, une photographie des œuvres d'art projetées et dont l'exécution a été confiée à un de nos plus habiles statuaires, M. Emile Soldi, ancien Grand prix de Rome et ami particulier de Chervin aîné.

Le Président du Comité : A. Vingtrinier, bibliothécaire de la Ville de Lyon, 32, rue Neuve, Lyon.

Le Trésorier : Léonce Durand, propriétaire, 128, rue de la Pompe, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène et régime alimentaire des diabétiques, par le Dr Alex. Renault, médecin des Hôpitaux de Paris. Rueff et Cie, éditeurs, boulevard Saint-Germain, 106. 1898.

Tous les auteurs qui ont étudié dans son ensemble la question du diabète ont formulé, depuis les immortelles recherches du prof. Bouchardat, les règles de régime alimentaire et d'hygiène qui s'imposent aux malades. Mais qu'il s'agisse de monographies ou d'articles insérés dans des livres didactiques, ce chapitre si important se borne à une énumération sèche, ne donnant que fort peu la raison des préceptes édictés.

Et cependant, telle est la valeur de la diététique que Bouchardat a pu écrire : « Le diabétique, qui observe rigoureusement le régime, peut vivre aussi longtemps que l'homme en santé. »

Le Dr Alex. Renault a cherché à combler cette lacune, en traitant la question avec tous les développements qu'elle comporte.

Après avoir nettement indiqué dans des considérations préliminaires ce que l'on doit entendre par diabète vrai, il entre dans les détails les plus circonstanciés relativement aux divers aliments et breuvages qui conviennent aux malades.

Adoptant pleinement la théorie pathogénique du ralentissement de la nutrition, si remarquablement développée par le prof. Bouchardat, il fait connaître la composition élémentaire des substances solides et liquides qui entrent dans l'alimentation de l'homme et en déduit les règles applicables au diabétique, de telle sorte que le malade n'est pas seulement renseigné sur ce qu'il doit manger et boire, mais connaît par le menu la raison du choix de tel aliment, la valeur de telle préparation culinaire, la supériorité de tel breuvage à l'exclusion de tel autre.

Le même plan est suivi dans les autres chapitres de l'ouvrage, qui traitent du climat et de l'habitation, des vêtements, des soins de la peau, sujet favori de l'auteur, des exercices, des professions, de l'hygiène psychique, de l'hygiène du diabète chez la femme.

Une place importante est réservée aux mesures préventives des complications multiples et souvent si graves de la maladie.

Fidèle enfin aux *principiis obsta*, le Dr Alex. Renault consacre son dernier chapitre à l'hygiène des sujets prédisposés au diabète et démontre qu'une éducation intellectuelle et physique habilement dirigé constitue la digue la plus puissante à l'envahissement de la maladie. En résumé, ce nouveau livre forme une sorte de code, dont les articles devront être sans cesse consultés par les diabétiques, soucieux de maintenir leur santé et de réaliser surtout l'axiome posé par le prof. Bouchardat.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*